

Denní stacionář pro zdravotně a mentálně postižené Karlovy Vary

Závodu míru 303/142, 360 17 Karlovy Vary

tel.: +420 731 433 037

e-mail: vojtech.dusek@kv.charita.cz

www.kv.charita.cz

**Dotazník pro zájemce o sociální službu – Sociálně terapeutické dílny**

Zájemce

Jméno, příjmení: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Telefon:

Je zájemce držitelem průkazu mimořádných výhod? Jakého? (např. TP, ZTP, ZTP/P)

 ANO X NE

Je zájemce závislý na pomoci jiné osoby? Má přiznán stupeň závislosti? Jaký?

 ANO X NE

Je zájemce omezen (zbaven) ve svéprávnosti? Jak?

 ANO X NE

Zákonný zástupce/opatrovník

Jméno, příjmení:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

**Klient uvádí, že jeho zdravotní stav odpovídá: (vypisujte dobrovolně)**

Základní diagnóza:

Akutní somatická onemocnění (epilepsie, ekzémy, alergie, neurologická on., atd.):

Psychická onemocnění a výkyvy chování (agrese, sebepoškozování, útěky, atd.):

Kompenzační pomůcky:

Aktuálně užívané léky:

Vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Rozsah školních vědomostí:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nezvládá | Zvládá s pomocí | Zvládá samostatně |
| Čtení |  |  |  |
| Psaní |  |  |  |
| Počty |  |  |  |

Dosavadní pracovní uplatnění (zaměstnání, brigády, podporované zaměstnání, chráněné dílny):

Oblast podpory, kterou zájemce potřebuje (Proč k nám přicházíte? Co od nás očekáváte? S čím chcete pomoci? apod.)

Datum: Podpis:

Podpis zástupce (opatrovníka):